

【 入居申し込み書 】

地域密着型特定施設入居者生活介護 プライエボーリ優花里		施設長殿
貴施設への入居を希望するため、申し込みます。		
また、入居申し込みに際しまして居宅介護支援事業者等の担当者から情報提供をうけることに同意します。		
平成 年 月 日		
(申込者)	(連絡先住所)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ☎ <input type="text"/> - <input type="text"/>
	フリガナ 氏名	(印) (続柄)

※以下の内容は入居時の情報として当事業所内で閲覧し他者へ漏れることはございません。

入居を希望される方	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳	
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日				
	連絡先住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ☎ <input type="text"/> - <input type="text"/>					
	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 同居者はいない（一人暮らし） <input type="checkbox"/> 同居家族がいる： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> ひ孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹					
	介護保険認定状況	<input type="checkbox"/> 認定済み		被保険者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		保険者	<input type="checkbox"/> 鹿屋市 4 6 2 0 3 6 <input type="checkbox"/> 鹿屋市以外 (保険者) 保険者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		認定年月日	平成 年 月 日 ※介護保険被保険者証をご参照ください。				
		有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
		<input type="checkbox"/> 認定を受けていない (認定申請中 平成 年 月 日申請)					
		<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (申請日 平成 年 月 日申請)					
	<input type="checkbox"/> 更新申請中 (申請日 平成 年 月 日申請)						
	医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> その他 (					
	身体障害者手帳の交付を <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない						
	入居を希望される理由	<input type="checkbox"/> 本人が望んでいる。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労している。 <input type="checkbox"/> 介護者がいないため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の整備が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢である。 <input type="checkbox"/> 病院から退院を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護者が障害を抱えている。 <input type="checkbox"/> 施設から退居を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護者が疾病を抱えている。 <input type="checkbox"/> 看取りまでのケアを望むため。 <input type="checkbox"/> その他 (					
※該当するものすべてにチェックをお願いします。							

入居を希望される方の現状	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 医療機関に入院している。			
		名称：			
		担当者：			
		<input type="checkbox"/> 介護施設に入所している。			
		名称：			
		担当者：			
		<input type="checkbox"/> 介護サービスを受けながら在宅生活を送っている。			
		居宅介護支援事業所名			
		担当介護支援専門員			
		【サービスの利用状況】			
		<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）			
		事業所名：		頻度：週に	回利用
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア）			
		事業所名：		頻度：週に	回利用
		<input type="checkbox"/> 訪問介護			
事業所名：		頻度：週に	回利用		
<input type="checkbox"/> 訪問看護					
事業所名：		頻度：週に	回利用		
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ					
事業所名：		頻度：週に	回利用		
<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）					
事業所名：		頻度：□週 □月 に	回利用		
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護					
事業所名：		頻度： 通所) 週に	回利用		
		訪問) 週に	回利用		
		宿泊) □週 □月 に	回利用		
<input type="checkbox"/> その他（種別： )					
事業所名：		頻度：□週 □月 に	回利用		
医療的対応の状況	主治医	医療機関名：	医師：		
	その他受診が必要な方は記入	医療機関名：	医師：		
		医療機関名：	医師：		
	該当するものにチェックをつけてください。	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（			
処方薬	<input type="checkbox"/> あり	（※おくすりの説明書の写しを添付願います。）		<input type="checkbox"/> なし	

		*ご家族もしくは、担当者でわかる範囲でご記入ください。		特記事項
入居を希望される方の状況	食事	形態	主 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> パン	
		副 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細かい刻み <input type="checkbox"/> ミキサー		
	状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り		
		<input type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
	排泄	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルン留置	
状況		<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
移動	方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> いざり		
	状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 自宅にて <input type="checkbox"/> 通所にて <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 清拭のみ		
	状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
麻痺の箇所		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右の手腕 <input type="checkbox"/> 左の手腕 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足		
目の見え方		<input type="checkbox"/> 生活できる程度目は見える。 <input type="checkbox"/> 目は全く見えない。		
耳の聞こえ方		<input type="checkbox"/> 生活の中で耳は聞こえる。(大音量でも) <input type="checkbox"/> 耳は全く聞こえない。		
生活歴	出身地		長期居住地	
	主な職業歴		最終学歴	
	趣味や特技			
好きな事 や嫌いな事				
既往歴			( 年前)	( 年前)
			( 年前)	( 年前)
			( 年前)	( 年前)
認知症の有無 や状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合は以下の項目をチェックお願いします。) <input type="checkbox"/> 直前の事を覚えていない。 <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからない。 <input type="checkbox"/> 物の名前が思い出せない。 <input type="checkbox"/> 適切な用途で物を使えない。 <input type="checkbox"/> ふさぎ込んでいたり、活動が少ない。 <input type="checkbox"/> 会話がうまく成り立たない。 <input type="checkbox"/> 実際には無いものが見えたり、聞こえたりする。 <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔を覚えていない。			
当事業所への入居を		<input type="checkbox"/> 本人が希望 <input type="checkbox"/> 本人は知らない <input type="checkbox"/> 家族が希望		

介護者・家族の状況	現在の主たる介護者の方の状況					
	続柄	フリガナ 氏名	年齢	希望者と	住所・電話番号	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	( )	
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 体調不良（疾病）				
	介護の協力体制	<input type="checkbox"/> 介護サービス事業所の他に、介護の協力をもらえる体制は無い。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、家族や知人などの介護の協力は得られる。 <input type="checkbox"/> 日常的に、家族や知人と協力して介護を行っている。				
	施設に対する要望（入居後、どのような生活を送ってもらいたいかなど）					
	家族構成（主たる介護者以外の家族）					
家族構成	続柄	フリガナ 氏名	年齢	入居者と	入居に	住所・電話番号
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎

※施設記入欄(受付から入居までの経緯など)							
入居申し込み受付日		施設長	計画作成 担当者	生活 相談員	機能訓練 指導員	看護 責任者	介護 責任者
受付職員							
平成 年 月 日							
入居決定確認		施設長	計画作成 担当者	生活 相談員	機能訓練 指導員	看護 責任者	介護 責任者
入居予定日							
平成 年 月 日							